



**Formulário de Requerimento de Inscrição
Programa de Autorização de Verba Para Autismo**

Divisão de Autismo do Departamento de Serviços Desenvolvidamentais

FAVOR DATILOGRAFAR OU ESCREVER EM LETRA DE FORMA E À TINTA

Nome da Criança	
Data de Nascimento da Criança	
Nº do Seguro Social da Criança OBRIGATÓRIO	
Nº de MassHealth da Criança OBRIGATÓRIO	
Tipo de Seguro Médico-Hospitalar da Criança: (Standard, Premium Assistance, CommonHealth, etc.)	
Sexo da Criança	Feminino Masculino (Favor Circular)
Endereço para Correspondência	
Cidade	
CEP	
Nome do Pai/Mãe/Guardião	
Idioma Verbal Preferido	
Idioma Escrito Preferido	
Telefone do Pai/Mãe	
Telefone do Pai/Mãe	
E-mail do Pai/Mãe	

Você precisará de um diagnóstico por escrito de Distúrbio do Espectro Autista emitido por um médico ou psicólogo.

A criança possui um diagnóstico verificado de um Distúrbio do Espectro Autista?: SIM NÃO

Favor listar outras condições médicas, cognitivas ou psiquiátricas relacionadas que afetam o seu filho(a):

Instruções para a Inscrição:

- **Todos os Formulários devem possuir um Carimbo de Envio do Correio Datado entre 7 de outubro de 2013 e 18 de outubro de 2013.**
- Lembre-se de preencher o formulário por completo
- Favor usar letra de forma e assinar à tinta
- Somente uma inscrição por criança será aceita; o DDS descartará todas as duplicatas de inscrição
- Você deve preencher a sua inscrição dentro do período aberto para as inscrições para que o seu processo de elegibilidade seja levado em consideração para o Programa de Autorização de Verba Para Autismo.
- Favor enviar a sua inscrição pelo correio para:
**DDS Autism Division
Att. Autism Waiver Open Enrollment
500 Harrison Ave, Boston, MA 02118**

Preenchi esse formulário correta e honestamente e até o limite do meu conhecimento.

Assinatura: _____

Data: _____